# ITEM 044 : TUMÉFACTION PELVIENNE CHEZ LA FEMME

- Chez la femme ménopausée : éliminer en priorité un **cancer de l'ovaire.**
- Chez la femme en période d'activité génitale : éliminer en priorité une **GEU.**
- 2 principales causes (en dehors de la grossesse) : **fibrome utérin et kyste de l'ovaire.**

## DG

**Anamnèse** : . ATCD +++ : infection génitale haute, DIU, endométriose, régularité des cycles, ménopause.
. Douleurs (uni/bilatérales, cycliques, intensité), méno/métrorragies, troubles digestifs ou urinaires.

### SC

- **Palpation abdominale** : localisation, taille, consistance, sensibilité de la tumeur, ascite, hépatomégalie.
N.B. : tuméfaction irrégulière + ascite +/- hépatomégalie orientent vers un cancer de l'ovaire.
- **Inspection vulvaire** et **examen au spéculum** (avec et sans poussée abdominale).
- **TR** (si rectorragie/tumeur fixée) : muqueuse rectale, caractéristiques de la tumeur, nodule de carcinose péritonéale, + **examen des orifices herniaires.**
- Ne pas oublier **: Examen des seins** et **Frottis cervico-utérin**.

#### TV

= Bimanuel (main abdominale) : caractéristiques et origine de la tumeur (utérine ou annexielle).

| | | |
|---|---|---|
| Augmentation globale du volume utérin | | - **Fibrome interstitiel** ou **sous-séreux** (unique ou multiples) : dimensions en cm, régularité des contours ou existence de voussures déformant les contours.<br>- **Utérus gravide** : augmentation de volume, mou, avec retard de règles.<br>- **Attention à ne pas confondre avec un globe vésical.**<br>- Mesure par rapport à l'ombilic ou réaliser une hauteur utérine (HU). |
| Masse latéro-utérine | Dépendante de l'utérus | = **Solidaire des mouvements de l'utérus** (sauf en cas de fibrome sous-séreux pédiculé), sans signe du sillon : taille, contours…<br>- Contours réguliers **: fibrome sous-séreux sessile.**<br>- Contours irréguliers : pathologie adhérente à l'utérus : **cancer de l'ovaire, endométriose, bloc adhérentiel infectieux.** |
| | Annexielle | = **Signe du sillon** (espace entre la masse et la paroi utérine), non solidaire des mouvements de l'utérus.<br>- Masse régulière mobile : **kyste ovarien, fibrome pédiculé.**<br>- Masse irrégulière fixée : **cancer de l'ovaire, endométriose, infection.** |
| Masse du cul-de-sac de Douglas | | - Fixée, contours mal limités : **cancer de l'ovaire, endométriose, cancer digestif.**<br>- Régulière ± mobile : **lésion bénigne prolabée dans le cul-de-sac.** |

### PC

#### Bilan minimal

- **Dosage quantitatif du taux d'hCG** chez la femme en âge de procréer.

**Échographie pelvienne** (transpariétale & transvaginale)

| | |
|---|---|
| Tumeur utérine | - Solide : **fibrome ++, polype, masse cancéreuse.**<br>- Hétérogène, mixte ou multiloculaire solide : **dégénérescence de myome** (nécrobiose ou après traitement), **sarcome, adénomyome.** |
| Tumeur annexielle | - Solide (**suspect ++ : IRM**) : **cancer ovarien, tumeur séreuse, fibrome ovarien, fibrothécome, métastases.**<br>- Hétérogène, mixte ou multiloculaire solide (IRM) : **tumeur maligne, ou kyste dermoïde, bloc adhérent de dystrophie ovarienne.**<br>- Liquide (uni- ou multiloculaire) : **kyste sous-tubaire ou vestigial, hydrosalpinx, kyste fonctionnel, tumeur bénigne de l'ovaire, cystadénome séreux ou mucineux, endométriome.** |

#### IRM

En 2° intention, indiquée si :
- Tumeur utérine : masse > 10 cm, ≥ 5 fibromes, toute masse complexe ou indéterminée à l'écho.
- Tumeur ovarienne : tumeur solide, hétérogène, critères de malignité.

## ÉTIOL

### Utérine

Tuméfactions hétérogènes, mixtes ou multiloculaires solides :
- **Nécrobiose de fibrome.**
- **Sarcome utérin** (rare : 1/2000 myomes) **:** tumeur maligne de mauvais pronostic, diagnostic souvent fortuit (sur examen histologique de myomectomie ou hystérectomie) : à évoquer de principe devant tout fibrome utérin augmentant rapidement de volume, surtout après la ménopause.
- **Adénomyose** : rarement palpable (l'utérus ne dépasse pas le double de sa taille habituelle).
- **Cancer de l'endomètre** : exceptionnellement découvert par une tuméfaction (tumeur évoluée) : tumeur endocavitaire avec sténose du col et rétention intra-utérine (masse par hématométrie et/ou pyométrie).
- **Grossesse, GEU, Rétention intra-utérine, Môle hydatiforme, tumeur trophoblastique.**
- **Actinomycose pelvienne** (contexte de DIU depuis plusieurs années).

Tuméfactions solides :
- **Fibrome utérin** = cause la + fréquente de tuméfaction pelvienne (20-30 % des femmes > 35 ans) : unique ou multiple, de type **sous-séreux** ++ (type 5,6 et 7), interstitiel, + rarement sous-muqueux (type 2-5).
- **Polypes.**

| | | |
|---|---|---|
| | Ovarienne | - **Tumeur ovarienne** découverte dans 50 % de manière fortuite, dans les autres cas les signes principaux sont des douleurs pelviennes unilatérales modérées, des métrorragies, une pollakiurie.<br>• **Cancer de l'ovaire** : (rare avant la ménopause) : masse pelvienne/signes dig (carcinose/compression).<br>- **Bénigne** :<br>• **Kyste fonctionnel** : cause la plus fréquente en période génitale, kystes folliculaires ou lutéinique dont la régression est spontanée (disparaît dans les 3 mois).<br>• **Kyste organique** : 80 % sont bénins (kyste dermoïde).<br>- **Endométriome ovarien**.<br>- **Fibromes ovariens/fibrothécomes.** |
| | Tubaire | - **GEU.**<br>- **Pyosalpinx** : complication de **salpingite aiguë** (fièvre, leucorrhées purulentes) ou **hématosalpinx.**<br>- **Hydrosalpinx/**bloc adhérentiel post-infectieux : séquellaire d'une **infection génitale haute.**<br>- **Cancer de la trompe** : rare, de diagnostic difficile.<br>- **Kyste vestigial sous-tubaire** ou **du mésosalpinx.** |
| | Masse digestive | - **Cancer du côlon.**<br>- **Hernies inguinales ou crurales.**<br>- **Sigmoïdite, Plastron/abcès appendiculaire.**<br>- **Tumeur digestive avec métastase ovarienne** (Tumeur de Krukenberg).<br>- **Fécalome.** |
| | Masse péritonéale | - **Endométriose du cul-de-sac recto-utérin** : induration du cul-de-sac recto-utérin ou nodule.<br>- **Carcinose péritonéale, épanchement péritonéal**, **ascite.** |
| | Masse vésicale | - **Globe vésical** aigu ou chronique.<br>- **Tumeur vésicale** à un stade très avancé. |
| | Origine vasculaire | - **Anévrisme iliaque** (associé ou non à un anévrisme de l'aorte sous-rénale).<br>- **ADP** néoplasique ou infectieuse : principalement iliaque. |

## FIBROME UTÉRIN

- **Tumeur la plus fréquente de l'utérus** : prévalence = 20-30 % des femmes > 35 ans.
- Ne pas méconnaître un cancer de l'endomètre chez la femme ménopausée.

**C**

- **50 %** des fibromes sont asymptomatiques (découverte fortuite).
- **Ménorragies** : signe le +évocateur (soit en rapport avec le fibrome s'il est sous-muqueux, soit par modification de la cavité utérine : agrandie, moins contractile si fibrome interstitiel, +/- hyperplasie endométriale sur insuffisance lutéale) : score de Higham, présence/absence de caillots.
- **Métrorragies** : rarement isolées (souvent des ménométrorragies).
- **Syndrome de masse pelvienne** :
  - Pesanteur ou signes de compression des organes de voisinage (pollakiurie, constipation).
  - Masse abdominale d'apparition progressive ou augmentation du volume abdominal.
  - Douleurs pelviennes liées aux complications des myomes, à une adénomyose ou à des troubles vasculaires associés.
- **Dysménorrhées** : si fibrome du col/de l'isthme gênant l'évacuation du flux menstruel.
- **Infertilité** par déformation de la cavité utérine/obstruction des orifices tubaires.

**CLASSIFICATION FIGO**

Classification rang B selon l'item 35-43 (ménométrorragies) :

| | |
|---|---|
| Sous-muqueux | 0 : pédiculé intra cavitaire |
| | 1 : < 50 % intra mural |
| | 2 : > 50% intra mural |
| Intra mural Interstitiel | 3 : 100 % intra mural, contact avec endomètre |
| | 4 : intra mural sans contact avec l'endomètre |
| Sous-séreux | 5 : > 50% intra mural |
| | 6 : < 50 % intra mural |
| | 7 : pédiculé extra cavitaire |

FIGO 8 : ectopique : cervical, ligament rond, ligament large.
Hybride : touche à la fois l'endomètre et la séreuse : deux chiffres séparés d'un trait d'union : 1er C = rapport avec l'endomètre – 2e C = rapport avec la séreuse.
Si fibrome palpable = le plus souvent sous-séreux (type 5/6/7) ou interstitiel (3/4), rarement sous-muqueux (2-5).
Seuls les fibromes en contact avec l'endomètre sont responsables de ménométrorragies soit FIGO 0 à 3.

| | | |
|---|---|---|
| **CPC** | **Hémorragiques** | Si **fibrome sous muqueux** (surtout si DIU), rare pour fibrome sous-séreux/interstitiel.<br>Possible **anémie** microcytaire hyposidérémique. |
| | **Algiques** | Le + fréquemment : **Nécrobiose aseptique** (ischémie du fibrome) :<br>• **Douleurs** pelviennes ± intenses.<br>• **Fièvre** entre 38 et 39 °C.<br>• Possibles **métrorragies noirâtres.**<br>• Au TV : Fibromes douloureux à la palpation et **augmenté de volume.**<br>• Image **en cocarde** à l'échographie avec une hyperéchogénicité centrale.<br>➜ PEC : **repos au lit et glace** sur le ventre + **AINS** (si BHCG négatif) ± ATB si suspicion d'infection.<br>**Plus rarement** :<br>• Douleur sur torsion de fibrome sous-séreux pédiculé.<br>• Accouchement par le col d'un fibrome pédiculé sous-muqueux (coliques expulsives). |
| | **Mécanique** | Par compression **vésicale** (RAU), **rectale** (faux besoins), **veineuses pelvienne** (TVP, OMI), **nerveuses** (sciatalgies, névralgie obturatrice), **urétérale** (urétéro-hydronéphrose, colique néphrétique ou PNA). |
| | **Gravidiques** | Multiples, à toute période de la grossesse : surrisque d'hospit/césarienne/complication post-partum<br>. Stérilité et fausse couche à répétition (++ si fibrome sous muqueux).<br>. Nécrobiose avec MAP et risque de prématurité.<br>. Localisation praevia : gêne l'accouchement par voie basse.<br>. Présentation dystocique en cas de fibrome interstitiel volumineux.<br>. Dystocie dynamique ou hémorragie de la délivrance liée à une mauvaise rétractation utérine. |
| **PEC** | Abstention | Si **asymptomatique et < 10 cm** (pas de surveillance par imagerie non plus). |
| | TTT médical | Par progestatifs de J15 à J25 (ou DIU), voire agoniste de la GnRH (TTT préchirurgical). |
| | TTT chirurgical | Si ménométrorragies résistant au TTT médical, compression des organes de voisinage.<br>- Conservateur par myomectomie/résection endocavitaire (petite taille/accessible).<br>- Non conservateur sinon : hystérectomie (voie vaginale ou coelio). |
| | Myolyse | - Embolisation des artères utérines +++ : si fibrome sous muqueux interstitiels ou séreux.<br>- **Myolyse par thermo coagulation** (ultrasons, radiofréquence, coagulation ou cryothérapie). |

## KYSTES DE L'OVAIRE

- Kyste **fonctionnel** : la plus fréquente des tuméfactions pelviennes de la femme en activité génitale.
= kystes folliculaires ou kystes lutéiniques : régression spontanée.
- Kyste **organique** : le plus souvent bénin, ne régresse pas spontanément, possible composante tissulaire : les plus fréquents = endométriome ovarien, kyste dermoïde (avec graisse), cystadénome séreux.
- 20 % : malin ou borderline ; augmentation du risque de cancer avec l'âge. Cancer le +fréquent = cystadénocarcinome séreux.

| | | |
|---|---|---|
| **C** | > 50 % asymptomatique (découverte fortuite), pas de symptomatologie spécifique.<br>- Douleurs pelviennes unilatérales modérées, pesanteur pelvienne.<br>- Métrorragies.<br>- Signes de compression : urinaire (pollakiurie), digestif.<br>- Selon l'étiologie : dysménorrhées/dyspareunies (endométriose). | |
| **PC** | Échographie pelvienne | - Solide (**suspect ++**) : **cancer ovarien, tumeur séreuse, fibrome ovarien, fibrothécome, métastases.**<br>- Hétérogène, mixte ou multiloculaire solide : **tumeur maligne, ou kyste dermoïde, bloc adhérent de dystrophie ovarienne.**<br>- Liquide (uni- ou multiloculaire) : **kyste sous-tubaire ou vestigial, hydrosalpinx, kyste fonctionnel, tumeur bénigne de l'ovaire, cystadénome séreux ou mucineux, endométriome.**<br>- **Caractère organique** si : une/plusieurs végétation, diamètre ≥ 6 cm (quel que soit l'aspect échographique), composante solide/multiloculaire, paroi épaisse.<br>- **Suspicion de malignité** si ascite, composante solide importante, végétations, vascularisation centrale avec index de résistance bas.<br>- Donc **critères de kyste fonctionnel** = uniloculaire ou pluriloculaire avec cloison fine < 3 mm, sans végétations, à bords réguliers & parois fines, vascularisation périphérique/régulière (index de résistance > 0,5) ou absence de vascularisation interne, taille < 7 cm, sans ascite.<br>➜ Si tous critères réunis = **écho à 3 mois**, sans blocage ovarien. Si persiste à 3 mois = **IRM.** |
| | IRM | - **Si 1 critère de bénignité non-retrouvé, endométriome** ou si **persistance du kyste à 3 mois.** |
| | CA125 | En cas de tumeur suspecte : utile pour le suivi, pas pour le diagnostic. |

| | | |
|---|---|---|
| **CPC** | **Torsion** | - Sur kystes lourds (dermoïdes, mucineux), ou si pédicule très fin (kyste du para-ovaire), moins sur kyste endométriosique (adhérences) : torsion sur l'axe du ligament lombo-ovarien & tubo-ovarien : concerne la trompe/l'ovaire/les deux, risque de nécrose & diminution de fertilité ultérieure.<br>= 5 % des femmes consultant pour algies pelviennes aiguës, possible en cours de grossesse.<br>- **Douleur pelvienne aiguë à type de coup de tonnerre**, avec une tendance à s'amplifier (EN 8-10/10), irradiation lombaire, avec nausées/vomissements (souvent sub-torsions en amont de l'épisode).<br>- **Défense** abdomino-pelvienne généralisée, sans signe d'infection/occlusion.<br>- Au TV : **cul-de-sac extrêmement douloureux**.<br>- À l'échographie : **image liquidienne latéro-utérine** ± arrêt de la vascularisation au niveau des pédicules utéro-ovariens, lombo-ovariens/infundibulo-pelviens +/- ovaire ascensionné.<br>- **Dg différentiels** : GEU (bHCG+, hémopéritoine), CN (hématurie, dilatation pyélocalicielle), hémorragie intrakystique, nécrobiose de fibrome, occlusion, infection.<br>- PEC **chirurgicale :** détorsion, retrait du kyste. Chir **conservatrice** indiquée même si l'aspect de l'ovaire est inquiétant (récupération de fonction subnormale sur contrôle tardif). |
| | **Hémorragie intrakystique** | - **Syndrome douloureux** pelvien à début **rapide**.<br>- **Défense** dans l'une des 2 fosses iliaques.<br>- TV : **cul-de-sac comblé et douloureux**.<br>- À l'échographie : **kyste à contenu finement échogène** (hétérogène si examen réalisé à distance) ± épanchement péritonéal associé.<br>- Prise en charge **médicale** suffisante (sauf si doute avec une torsion, ou troubles de l'hémostase). |
| | **Rupture du kyste de l'ovaire** | - **Complique l'hémorragie ou la torsion**.<br>- Tableau superposable à l'hémorragie intra-kystique.<br>- Échographie : **épanchement péritonéal peu abondant**, voire un hémopéritoine.<br>- **Amélioration progressive** sans déglobulisation, surveillance de 24 h si doute sur un hémopéritoine.<br>- **Cœlioscopie en cas d'hémopéritoine**/déglobulisation : intérêt diagnostique et thérapeutique. |
| | **Abcès ovarien** | - IGH compliquée, Très **rare** (contrairement à l'abcès tubaire).<br>- **Secondaire** à une pelvi-péritonite d'origine génitale ou à une ponction ovarienne échoguidée.<br>- **Hyperthermie, contracture pelvienne, syndrome inflammatoire biologique.**<br>- Traitement **chirurgical** : toilette péritonéale et drainage de l'abcès. |
| | **Compression** | - Compression des organes de voisinage **rare**. |
| | **Complications obstétricales** | - **Obstacle prævia** (gêne la descente de la tête) si gros kyste enclavé dans le cul-de-sac de Douglas.<br>N.B : En cas kyste ovarien découvert lors d'une grossesse : abstention TTT jusqu'à 16 SA.<br>***Si persistance*** avec critères de malignité = exploration par cœlioscopie à partir du 2e trimestre. |
| **PEC** | | Traitement médical : surveillance voire agoniste de la GnRH pendant 2-3 mois (kyste sous tamoxifène).<br>Traitement chirurgical : si échec du TTT médicamenteux et de la surveillance : kyste symptomatique ou compliqué, > 5 cm, complexe ou suspect de malignité.<br>• **Conservateur** : kystectomie par voie abdominale (laparotomie/cœlioscopie : possible aussi si kyste borderline).<br>• **Radical** : Ovariectomie simple avec conservation tubaire ou annexectomie selon la suspicion de malignité.<br>Destruction : ponction simple ou avec injection d'alcool (endométriome). |

## TROUBLE DE STATIQUE PELVIENNE : PROLAPSUS

**Prolapsus** = chute d'un organe ou d'une partie d'un organe par suite du relâchement de ses moyens de fixité.
**Prolapsus génital** (colpocèle) : hernie des organes pelviens à travers le vagin : cystocèle, hystéroptose, élytrocèle ou rectocèle.
- Prolapsus du compartiment **antérieur** : **Cystocèle** (prolapsus vésical : colpocèle antérieure contenant la vessie).
- Compartiment **moyen** : **hystérocèle** - **hystéroptose** (prolapsus utérin)/dôme vaginal après hystérectomie totale.
- Compartiment **postérieur** : . **Élytrocèle** (prolapsus du cul-de-sac de Douglas et des anses digestives).
. Ou **rectocèle** (prolapsus du rectum).

| | |
|---|---|
| **PHYSIOPATHOLOGIE** | - Pelvis : compartiment entre le détroit supérieur & le plancher pelvien musculaire (muscle levator ani).<br>- Périnée : sous le pelvis (donc le muscle lévator ani) : orifices vulvaire, anal, fosses ischiorectales.<br>**Plancher pelvien** = ensemble des structures musculo-aponévrotiques fermant en bas le pelvis.<br>- 2 points de faiblesse chez la femme : **hiatus uro-génital** et **hiatus rectal.**<br>**Statique pelvienne** = maintien des organes pelviens en place : **soutènement**, **suspension** et **angulation.**<br>- **Soutènement** : **parois du bassin osseux** (insertion des muscles piriformes, obturateur interne et élévateur de l'anus).<br>- **Suspension** : **ligaments viscéraux sagittaux** (pubo-vésicaux, vésico-utérins, utérosacrés) et **latéraux** (latéro-vésicaux, latéro-rectaux, paramètre, paracervix), et **septas** (vésico-utérin, vésico-vaginal, urétro-vaginal, recto-vaginal).<br>- **Angulation** : angulation de **60°** du vagin par rapport à l'horizontal, antéversion de l'utérus sur le dôme vésical.<br>**Trouble de la statique pelvienne** : rupture de l'équilibre anatomique et mécanique entre la pression abdominale et la force de résistance périnéale (lésions liées à l'âge, grossesse, accouchement, facteur génétique). |
| **ÉPID** | - Prévalence des prolapsus symptomatique : 3 – 11 %.<br>- Prévalence des prolapsus anatomiques (non symptomatiques) : 30 à 50 % (tous stades confondus), variable selon les études (prévalence variable de 3 à 97 %…)<br>- Augmente avec l'âge jusqu'à 50 ans.<br>- Dès 50 ans, le prolapsus est souvent présent, c'est le grade qui augmente. |

<table>
<tr><td>FDR</td><td colspan="2">- Terrain : âge > 50 ans, obésité, ATCD familiaux.<br>- FdR gynécologiques : ménopause, hypo-œstrogénie (atrophie des tissus de soutien).<br>- FdR obstétricaux : multiparité, accouchement par voie basse d'enfant(s) macrosome(s), accouchement par extraction instrumentale (spatule, forceps) et manœuvres obstétricales.<br>- Régime amaigrissant massif.<br>- Constipation chronique et ancienne.<br>- Antécédents de chirurgie pelvienne (chirurgie par voie vaginale, hystérectomie…)<br>- ethnie : caucasiennes, hispaniques.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">DG</td><td>SF</td><td>- Seul symptôme spécifique : sensation de tuméfaction vulvaire (boule vaginale/vulvaire).<br>- Les autres symptômes sont moins spécifiques : pesanteur pelvienne…<br>- SF urinaire : Sd hyperactivité vésicale (urgenturie), incontinence urinaire d'effort (dans 70 % des cas), dysurie, résidu post-mictionnel, infections urinaires récidivantes, voire rétention urinaire avec mictions par regorgement.<br>- SF digestifs : constipation terminale (dyschésie : nécessité de manœuvre digitale pour l'exonération), faux besoins, incontinence fécale, fausse diarrhée du constipé.<br>- SF génito-sexuelles : dyspareunie, sensation de béance vulvaire, arrêt de l'activité sexuelle.<br>- Possible nécessité de réintroduction manuelle du prolapsus dans le vagin pour uriner/vider le rectum.<br>- Un prolapsus génital est normalement indolore : rechercher une pathologie pelvienne en cas de douleurs.<br>- Évocateur : majoration des symptômes en position debout et en fin de journée.</td></tr>
<tr><td rowspan="2">SC</td><td>= Patiente en position gynécologique, vessie pleine, puis debout, au repos puis lors d'un effort de poussée (toux).<br>- Recherche d'incontinence urinaire masquée par le prolapsus : test d'effort vessie pleine et prolapsus réduit.<br>- Recherche d'ascite/masse pelvienne : provoquent/aggravent l'extériorisation.<br>- Touchers pelviens (TV-TR) systématiques : qualité de la musculature périnéale (testing des releveurs de l'anus).<br>- manœuvre de soutènement urétrale : manœuvre d'Ulmsten – TVT test.<br>- 4 stades d'extériorisation (rang A selon fiche LiSA, rang C selon le collège de Gynéco) :<br>• Stade 1 = prolapsus intravaginal.<br>• Stade 2 = prolapsus affleurant l'orifice vulvaire.<br>• Stade 3 = prolapsus extra-vulvaire.<br>• Stade 4 = déroulement complet du vagin.</td></tr>
<tr><td>Classification POP-Q : très spécialisée, intéressante en recherche.<br>Classification de Baden-Walker : cotation de chaque compartiment prolabé (C x H x R).</td></tr>
<tr><td>PC</td><td>Non systématique : le diagnostic est clinique.<br>- Échographie abdomino-pelvienne : volume utérin, pathologie/tumeur utérine/annexielle, ascite.<br>- Bilan urodynamique : recherche/exploration de troubles urinaires associés.<br>- Bilan dynamique pelvien :<br>• Colpo-cysto-défécographie dynamique = examen de référence.<br>• IRM dynamique : moins invasive mais moins performante car réalisée en position couchée.<br>- Manométrie et échographie endo-anale : en cas d'incontinence anale.</td></tr>
<tr><td>DD</td><td>- Kyste vaginal, fibrome/tumeur de la cloison vésicovaginale, kyste de l'urètre…<br>- Allongement hypertrophique du col utérin (DD hystérocèle) : isthme allongé, corps utérin en place.<br>- Caroncule urétrale (lésion exophytique du méat, chez la femme ménopausée++).<br>- Prolapsus rectal : protrusion du conduit digestif par l'anus.<br>- Éliminer la présence d'ascite : aggrave l'extorisation d'un prolapsus génital : fréquente écho de principe.</td></tr>
<tr><td rowspan="4">TTT</td><td>Abstention</td><td>= Surtout chez la femme âgée, en cas de prolapsus ancien et bien toléré.<br>La règle pour les prolapsus non symptomatiques.</td></tr>
<tr><td>TTT médical</td><td>- RHD : réduction de l'obésité, régularisation du transit, hygiène de vie.<br>- Rééducation pelvi-périnéale : renforcement musculaire (ne corrige pas le prolapsus mais améliore la fonction périnéale) : inefficace aux stades 3 et 4.</td></tr>
<tr><td>TTT chirurgical</td><td>= Indiquée si prolapsus sévère, gène importante, échec de rééducation.<br>- Par voie abdominale (femme active physiquement et sexuellement) : promonto-fixation.<br>- Par voie vaginale (femme plus âgée) : fixation, prothèse de soutien, hystérectomie.</td></tr>
<tr><td>Pessaire intravaginal</td><td>= À proposer en alternative à la chirurgie.<br>- En anneau/en cube.</td></tr>
</table>